

# BON DE COMMANDE

A photocopier ou recopier sur papier libre

## CLIENT

MME     MLLE     M

NOM : .....

PRENOM : .....

TEL. BUREAU : .....

TEL.DOMICILE : .....

E-MAIL : .....

@.....

ADRESSE DOMICILE : .....

N° «Client» : .....

## LIVRAISON

à mon domicile

sur mon lieu de travail

RAISON SOCIALE - ADRESSE :

RESPONSABLE «Point de Livraison» :

N° «Point de Livraison» : .....

## PAIEMENT

(Cochez SVP)

En cas de livraison sur mon lieu de travail :

**PAIEMENT PAR CHEQUE BANCAIRE OU POSTAL A L'ORDRE DE ATRIUM SANTE.**  
Attendez votre livraison et remettez votre chèque au responsable du «Point de Livraison», qui nous les transmettra dans un délai de 7 jours.

En cas de livraison à domicile ou à une autre adresse :

**PAIEMENT PAR CHEQUE BANCAIRE OU POSTAL A L'ORDRE DE ATRIUM SANTE.**  
Joignez votre chèque à l'envoi de votre commande. Au cas où un produit serait épuisé, un chèque de remboursement sera joint à votre livraison.

Merci d'envoyer ce bon de commande

par télécopie : **01 56 72 15 68**

01 74 02 76 88

par courrier : **ATRIUM SANTE**

**3 AVENUE DES PETITES HAIES**

**94000 CRETEIL**

par e-mail : **commandes@atrium-sante.fr**

Un conseil ? Une Question ?

Appelez le : **01 74 02 78 22**

Télécopie : **01 56 72 15 68**

01 74 02 76 88

Mail : **conseil@atrium-sante.fr**

Espace Correspondance : (Indiquez-nous ici vos demandes ou remarques particulières)

DESIGNATION DES ARTICLES

REFERENCE

QTE

PRIX DE  
L'UNITE

MONTANT

DATE ET SIGNATURE

MONTANT DE LA COMMANDE

PARTICIPATION FORFAITAIRE AUX FRAIS DE TRAITEMENT DE LA COMMANDE  
GRATUIT SI LE MONTANT DE LA COMMANDE TOTALE EST SUPERIEUR A 79.00 €

**+ 6.90 €**

TOTAL